

10 artículo

Montserrat Alviani [[Buscar autor en Medline](#)]



Tratamientos psicológicos en el dolor

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

INTRODUCCIÓN

Según la IASP (International Association for the Study of Pain), podemos definir el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión (IASP, 1979). Esta definición, según Chapman (1986) contiene implicaciones importantes en el concepto del dolor, como: "la consideración del dolor como una experiencia subjetiva y compleja donde es prioritario la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables"³.

El dolor, entendido inicialmente como una mera sensación, pasa a considerarse un proceso multidimensional, modulado por la nocicepción o proceso sensorial, por la interpretación subjetiva que realiza el individuo y por el afrontamiento o conductas de actuación que desarrolla ante el mismo. A partir de esta definición, se amplía la perspectiva sobre el tratamiento donde se contempla tanto los factores físicos o biológicos como los factores psicológicos.

En las tres últimas décadas han surgido una serie de modelos que explican el dolor atendiendo a factores psicosociales. Desde esta perspectiva, son muchas las investigaciones que han mostrado como los factores conductuales, cognitivos y afectivos tienen un efecto directo sobre la experiencia o percepción final del dolor, sobre la adaptación a este y sobre la respuesta final de los pacientes al tratamiento analgésico^{4,5}.

En este proceso de integración, la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (1965), unificó la perspectiva biológica y psicológica. La Teoría de la Puerta define el dolor como un proceso dinámico, donde los centros cerebrales superiores responsables de la cognición y la emoción, influyen en la transmisión de las señales nociceptivas desde el lugar de los receptores específicos del dolor al cerebro. Así la percepción del dolor es la consecuencia de diversos sistemas nerviosos interactuantes, cada uno de ellos con una función especializada propia.

El sistema de proyección neoespinotalámico en el encéfalo procesa la información discriminativa sensorial acerca del lugar, intensidad y

bibliografía

1. Rodríguez Franco, I. y Cano García, J.). **Papel del psicólogo en el abordaje del dolor.** Actualizaciones en Dolor, 2001; 2(4): 279-288. (Texto completo).
2. Collado, A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-López, R. y Muñoz-Gómez, J. **Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral.** Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004; 11: 203-209.
3. Bazako, E. Intervención psicológica en una unidad de dolor. En: Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla, Editores. **El Psicólogo en el ámbito hospitalario.** 1ª ed. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer; 2003. p. 569-590.
4. Díaz-Sibaja, M. A., Martín, A. y Díaz-García, M. I. **Aspectos comportamentales del dolor crónico.** Actualizaciones en Dolor. 2001; 2(4):270-278. (Texto completo).
5. Turk, D.C. y Okifuji, A. **Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70:678-690.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



duración del estímulo, en tanto que los estímulos que pasan por las vías paleoespinotalámicas y el sistema ascendente paramedial activan estructuras reticulares y límbicas que estimulan el impulso motivacional y aversivo y de afectividad desagradable. Toda esta información se procesa en el sistema nervioso central en las estructuras neocorticales más altas, que ejercen control en los sistemas de discriminación y motivación ⁶.

Según la Teoría de la Puerta, de la interacción de estos tres grandes sistemas, se derivan tres dimensiones: (a) *dimensión sensorial-discriminativa*: a través de ella se transmite la estimulación nociceptiva (térmica, mecánica, química, etc.), la descripción de su intensidad y sus características espacio-temporales, (b) la *dimensión motivacional -afectiva*: que transmite las cualidades emocionales que genera el dolor, como la ansiedad y el miedo, y (c) la *dimensión cognitiva - evaluativa*: que se relaciona con las variables cognitivas, el papel que juega la atención, la sugestión, los tipos de pensamiento, las creencias, los valores culturales, etc., y que influyen en la percepción del dolor (**Figura 1**). Posteriormente, Melzack (1999), reformula su teoría, a la que denomina Teoría de la Neuromatriz, e integra la influencia de los mecanismos inmunológicos y endocrinos que se modifican con el estrés en el proceso del dolor ⁷.

A partir de la Teoría de la Puerta, surgen distintos modelos psicológicos de intervención, donde se tiene en cuenta las distintas dimensiones. Fordyce (1976) aporta el modelo conductual, basado en el condicionamiento operante, y cuyo objetivo es incrementar la actividad funcional en la vida diaria. Turk (1983), introduce el modelo cognitivo-conductual en el tratamiento del dolor, en el que se resalta la influencia de los pensamientos, creencias y expectativas en la percepción y el afrontamiento del dolor. El modelo cognitivo-conductual es el que ha tenido un mayor impacto debido a varias razones. Primero, es un modelo flexible y de fácil aplicación. Segundo, integra la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el dolor. Tercero, está diseñado con protocolos estandarizados que facilitan el aprendizaje de las habilidades cognitivas y de afrontamiento que el paciente precisa cuando tiene dolor ⁸.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

La clasificación del dolor se puede realizar en función de varios parámetros, como ¹ etiología, ² localización, y ⁴ duración^{9,10} (**Tabla 1**).

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

A medida que se ha desarrollado el concepto del dolor como un proceso multidimensional, se ha producido una evolución en el abordaje de los pacientes con dolor. Los primeros tratamientos se centraban en una determinada dimensión del dolor, la conductual (niveles de actividad, quejas), cognitiva (creencias, expectativas) o

la emocional (ansiedad, depresión, indefensión). En la actualidad, se ha generalizado el uso de los programas multicomponentes, desde los que se realiza una intervención integral, mediante el uso de distintas técnicas.

Para facilitar un acercamiento detallado a cada una de ellas, se pueden dividir en tres grandes bloques: ¹ técnicas basadas en el condicionamiento clásico, como la relajación y el biofeedback, ² técnicas basadas en el condicionamiento operante o conductual, y ³ técnicas cognitivas o cognitivas – conductuales (**Tabla 2**).

1. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO.

PRINCIPIOS TEÓRICOS

El Condicionamiento Clásico es un proceso de aprendizaje asociativo, en el que un acontecimiento irrelevante (A) se asocia con un estímulo (B) que suscita automáticamente una determinada respuesta (C). Cuando se produce la asociación, el estímulo irrelevante (A) es capaz de evocar el mismo tipo de respuesta (C) que el estímulo inicial (B). Este modelo se basa en las investigaciones llevadas a cabo por el científico ruso, I. Pavlov (1904). Como se puede observar en la (**Figura 2**) (obtenida en: <http://www.nwlink.com/donclark/hrd/history/pavlov.html>), durante el experimento llevado a cabo con el perro, se asoció el diapason (A), a la comida (B), para producir la respuesta de salivación (C).

Cuando se produce una reacción dolorosa en respuesta a una lesión, se origina una reacción defensiva de tensión muscular y una reacción de estrés ante la percepción de amenaza que produce el dolor, originando un círculo de dolor-tensión-dolor (**Figura 3**). El dolor pasa a ser tanto un antecedente como una reacción de la tensión muscular. El miedo asociado al dolor induce respuestas de evitación, como la disminución de la movilidad, y esta incrementa la percepción de dolor y tensión. El objetivo del tratamiento es interrumpir el círculo de dolor-tensión-dolor, introduciendo una respuesta psicofisiológica antagonista con la tensión muscular que produce el dolor.

TRATAMIENTO

1.- Relajación

Es una de las técnicas más utilizadas en el control del dolor. En la (**Tabla 3**) se exponen los supuestos teóricos en los que se basa^{11,9}.

Durante la realización de los ejercicios de relajación se producen distintos cambios fisiológicos como variaciones en el ritmo cardíaco, en el consumo de oxígeno y de CO₂ (estado hipometabólico), conductividad epitelial galvánica, tono muscular, y ritmo cerebral, que favorecen la sensación de bienestar general ¹².

En la **(Tabla 4)**, se describen las características de las técnicas de relajación más utilizadas en el tratamiento del dolor, la Relajación Muscular Progresiva (RMP) de Jacobson **(Figura 4)** y el Entrenamiento Autógeno de Shultz.

En el **APÉNDICE A** se incluye las instrucciones para la Técnica de Respiración Profunda, que por su accesibilidad permite utilizarla en la práctica cotidiana.

2.- Biofeedback

El entrenamiento en biofeedback fue una de las primeras intervenciones conductuales utilizadas en el dolor.

Las técnicas consisten en dotar al sujeto de información acerca de determinadas respuestas psicofisiológicas, por medio de instrumentos: EEG **(Figura 5)**. Obtenida en: (<http://www.cognisys.com/twiki/bin/view/Biofeedback/BiofeedbackVideoMux>) y EMG, capaces de detectar, medir y traducir aquellas repuestas, en forma de señales visuales y/o auditivas fáciles de interpretar. Se espera que mediante el feedback que los aparatos suministran, el paciente pueda aprender a controlar sus respuestas fisiológicas.

El tipo de biofeedback más utilizado es el electromiográfico (EMG) **(Figura 6)**. Obtenida en: <http://www.polyu.edu.hk>). Con esta técnica se recoge información del nivel de actividad eléctrica de los músculos esqueléticos. El biofeedback de temperatura se utiliza también para el dolor crónico, y se realiza con un sensor térmico sobre la superficie de la piel para registrar la temperatura.¹⁰. Se han utilizado en varias áreas, como el dolor de cabeza, síndrome de dolor miofacial y artritis reumatoide^{13,14,15}.

Para más información se recomienda: <http://apsique.com/tiki-print.php?page=neurBiofeedback>

EFFECTIVIDAD

Las técnicas de biofeedback y de relajación han sido ampliamente estudiadas y se ha comprobado su eficacia en distintos tratamientos. En una revisión metaanalítica de los datos encontrados, Holroyd, Lipchik y Penzien (1998) llegan a las conclusiones que se presentan en la **(Tabla 5)**¹⁶. Como puede observarse, tanto en el tratamiento de la cefalea tensional como en la migraña, la combinación de biofeedback y relajación obtiene una mejoría (duración e intensidad) alrededor del 50%. En cambio el uso independiente de cada técnica es más efectivo en la cefalea tensional que en la migraña. Keefe y col. (2005), también ponen de manifiesto que el uso combinado de técnicas, en este caso de relajación e imaginación guiada, produce una mejoría mayor en los pacientes, que cuando éstas se utilizan de manera independiente.

2. CONDICIONAMIENTO OPERANTE O CONDUCTUAL.

PRINCIPIOS TEÓRICOS

Los principios teóricos del condicionamiento operante (CO), se basan en la ley propuesta por Thorndike en 1911. Dicha ley postula que la probabilidad de aparición de una conducta depende de las consecuencias inmediatas que siguen a la emisión de esa conducta.

Fordyce (1976,1978), desarrolló el tratamiento conductual en base a esta teoría y es uno de los más utilizados en el dolor crónico. Las técnicas de CO se basan en los principios, que predicen un aumento de la probabilidad de una respuesta al ser seguida por una consecuencia positiva.

Para más información se recomienda:

http://www.editorialmedica.com/Cuader%2058_59-Trabaj2.pdf

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vallejo/dolor.shtml>

TRATAMIENTO

En el caso concreto del dolor, se considera que las conductas de los pacientes están influidas por el refuerzo social, y el tratamiento se dirige a tratar más que la percepción del dolor, las conductas asociadas con este.^{17,11,4}.

En la **(Tabla 6)**, se exponen los objetivos básicos de este tratamiento^{9,18,19}. Como se puede observar en la **(Tabla 7)**, el tratamiento se realiza cuando se cumplen determinados criterios^{18,20}.

EFFECTIVIDAD

Las técnicas operantes pueden incrementar el nivel de actividad física del paciente y disminuir el uso de medicación.

El síndrome de dolor crónico que más se ha beneficiado de la intervención conductual es el dolor de espalda crónico. Este es uno de los problemas de salud de mayor incidencia, más resistentes a los tratamientos médicos, y que mayores costes económicos está produciendo por las numerosas bajas laborales que produce².

Los datos de la revisión más actualizada en este problema²¹, con ensayos aleatorizados utilizando grupo control de lista de espera o sin tratamiento, muestran que las técnicas conductuales como tratamiento único, producen reducción de la intensidad del dolor y mejora del estado funcional de los pacientes.

APROXIMACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

PRINCIPIOS TEÓRICOS

El término “cognitivo” refleja la manera en la que la persona percibe, interpreta y relata el dolor. Las intervenciones cognitivas parten de la base que las actitudes, expectativas, creencias y estrategias de afrontamiento son desadaptadas y agravan el problema del dolor e impiden su recuperación¹⁹.

Desde esta perspectiva se asume que las distintas cogniciones (pensamiento, expectativas y creencias), que presenta el sujeto influyen en su estado de ánimo, afectan a los procesos fisiológicos que se desarrollan en su organismo, producen consecuencias sociales y condicionan su comportamiento. En la **(Tabla 8)**, se exponen las variables cognitivas que con mayor relevancia intervienen en el dolor^{22,23}.

En la **(Tabla 9)**, aparecen los principales objetivos de las intervenciones cognitivas-conductuales según Turk y Meichenbaum²². Como se puede observar están dirigidos a fomentar una participación más activa del paciente, mediante el aprendizaje de herramientas que le permitan un afrontamiento más eficaz de la situación.

Como intervenciones cognitivas encontramos técnicas muy diversas, entre las más utilizadas en el campo del dolor están: la técnica de inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva de creencias o valores, entrenamiento en técnicas de afrontamiento, resolución de problemas, auto-instrucciones, visualización o imaginación guiada, e hipnosis.

TRATAMIENTO

Un programa de tratamiento cognitivo-conductual suele planificarse en cuatro fases: a) selección en base a unos criterios previos (edad, nivel cultural, disposición hacia el tratamiento, psicopatología, etc.), b) evaluación (análisis funcional de conductas), c) intervención y d) seguimiento. Dado que aquí interesa, no una enumeración exhaustiva de técnicas, sino una exposición útil para la práctica, se expondrán las técnicas que están obteniendo mejores resultados

1.- La **técnica de inoculación de estrés** aplicada al dolor, fue desarrollada por Turk (1975,1978) y posteriormente por Turk y Meichenbaum (1980). Esta técnica se dirige a modificar los aspectos cognitivos-evaluativos del dolor, sin olvidar los componentes motivacionales y sensoriales^{11,18}. La técnica consta de tres fases: ¹ Fase educacional o de conceptualización, ² fase de adquisición o entrenamiento de habilidades específicas, y ³ fase de puesta en marcha. En la **(Tabla 10)** se puede ver el desarrollo de cada fase.

Para la realización de este programa es importante que el paciente se implique de una manera activa, escogiendo aquellas técnicas que más se ajusten a su perfil, con la finalidad que pueda incorporarlas a su vida diaria con la mayor facilidad.

2.- La **técnica de la reestructuración cognitiva**, engloba a varias modalidades como la Terapia Racional- Emotiva de Ellis (1962), la

Terapia Cognitiva de Beck (1963, 1970,1976), la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried (1975,1980) y los Métodos de Autoinstrucción de Meichenbaum. Todas tienen en común la modificación o eliminación de los pensamientos irracionales que el paciente genera ante el dolor. En la reestructuración cognitiva se enseña a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos negativos y crear otros más adaptados^{9,11,18}. Su aplicación se lleva a cabo mediante distintos pasos (ver **Tabla 11**).

3.- La **hipnosis** es uno de los medios más antiguos que se han utilizado para combatir el dolor, tanto agudo como crónico. El uso de la hipnosis como instrumento terapéutico no se ha desarrollado de manera contundente a causa del manejo inadecuado como medio de exhibición. Mediante la hipnosis se puede modificar la percepción subjetiva del dolor, a través de la sugestión de analgesia, el desplazamiento de la percepción del dolor o la disociación afectiva del mismo¹⁸

4.- La **visualización o imaginación guiada**, es una de las técnicas más útiles para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo y para efectuar cambios deseados en la conducta. Actúa mediante dos mecanismos. ¹ distrae la atención del dolor y ² desplaza la percepción del dolor. Se utiliza tanto en el dolor agudo como crónico. En la población infantil es una técnica con una alta efectividad. En una revisión realizada por Keefe y col (2005), refieren que la hipnosis y la imaginación guiada son efectivas para reducir el dolor agudo en niños y en adultos con cáncer ⁸

Para llevarla a cabo se recomienda: ¹ inducir un estado de relajación mediante la técnica de respiración profunda, ² inducir una situación agradable para el sujeto partiendo de su propia imaginación y experiencia, y ³ utilizar los distintos sentidos (olfato, gusto, oído, tacto y vista) en la inducción de situaciones agradables.

En el **APÉNDICE B** se incluye las instrucciones de una de las técnicas de Imaginación Guiada para el abordaje del dolor

5.- **Programas multimodales**. Desde el concepto actual del dolor como un proceso multidimensional, donde participan tanto factores físicos como psicológicos, se han desarrollado programas terapéuticos con el objetivo de abarcar los distintos aspectos implicados en el proceso. Los programas multicomponentes, como su nombre indica, combinan técnicas fisiológicas (relajación o biofeedback), cognitivas y conductuales^{24,25}.

Para más informaciónse recomienda:

<http://www.cop.es/colegiados/M-00451/dolor.htm>

EFFECTIVIDAD

Morley, Eccleston y Williams (1999), realizaron una revisión sistemática y meta-análisis de estudios randomizados controlados de la terapia cognitiva-conductual y de la terapia conductual, que incluye a pacientes con dolor crónico excepto cefaleas y encontraron que los tratamientos cognitivo-conductuales (incluyendo terapia de conducta y biofeedback), son más efectivos que el grupo control (lista de espera), ya que producían cambios significativos en la valoración del dolor, en el estado de ánimo, en el afrontamiento del dolor, en el nivel de actividad y en el funcionamiento social.

Baider y col (2001), realizaron un estudio con pacientes con cáncer para evaluar la eficacia de un tratamiento combinado de Relajación Muscular Progresiva e Imaginación Guiada. Sus resultados indican, que los efectos positivos de la intervención persistían al menos seis meses después del tratamiento.

En una revisión reciente, realizada por Keefe y col (2005), sobre los tratamientos psicológicos en la artritis y cáncer, se evidencia una mayor efectividad de los programas multicomponentes. En la **(Tabla 12)**, se puede ver el desarrollo del programa que se llevó a cabo. El programa se realiza en diez sesiones, combinando sesiones grupales e individuales. Comienza con una explicación del dolor, según la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall (1965), que describe como el cerebro influye en la transmisión de las señales dolorosas desde la periferia al SNC, enseñándoles la relación entre el cuerpo y la mente y su influencia en el dolor. Los pacientes aprenden habilidades para enfrentarse al dolor cambiando los pensamientos negativos, las conductas y los sentimientos que influyen y aumentan la percepción del dolor. El protocolo del programa tiene tres áreas de desarrollo: (a) conocer la relación entre la mente y el cuerpo, (b) aprender técnicas que disminuyan el dolor, como la Relajación, Imaginación Guiada y las técnicas de Distracción, y (c) desarrollar habilidades de afrontamiento del dolor, mediante la identificación de pensamientos negativos que influyan en la percepción del dolor.

APÉNDICE A

INSTRUCCIONES PARA LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN PROFUNDA

I. Realice los pasos siguientes en orden:

A. La respiración profunda puede hacerse en cualquier posición; ya sea que se haga sentado, acostado o de pie, es preferible estar cómodo, con la columna recta.

B. Inspire por las fosas nasales mientras cuenta lentamente hasta 4.

C. Mientras inspira:

- En primer lugar, llene la parte más baja de los pulmones. El diafragma hará sobresalir el abdomen al hacer espacio para el aire.
- En segundo lugar, llene la parte media de los pulmones a medida que las costillas inferiores y el pecho se desplazan al frente para acomodar el aire.

- En tercer lugar, llene la parte superior de los pulmones a la vez que saca un poco más el pecho y los hombros, y contraiga un poco el abdomen para apoyar los pulmones.
- Con cierta práctica, las tres fases anteriores pueden hacerse en una sola inspiración continua y uniforme.

D. Cuente lentamente hasta tres, mientras retiene el aire.

E. Espire por la boca, de modo que escuche un sonido relajante, como el soplar del viento, mientras cuenta lentamente hasta cuatro.

F. Al espirar por la boca siga el mismo orden que durante la inhalación:

- En primer lugar, contraiga los músculos del abdomen.
- Como paso siguiente, espire el aire de la zona media del tórax.
- Por último, vacíe la porción superior del tórax en tanto que desciende y relaja los hombros, y el abdomen vuelve a desplazarse un poco hacia fuera.

II. Cuando el esquema anterior se vuelva automático, busque en el cuerpo otras zonas de tensión, y luego regrese al sonido y sensación de la respiración conforme se sienta más relajado.

III. Imagínese que la tensión del cuerpo se va hacia los pulmones y que la elimina junto con el aire que exhala.

IV. Continúe la respiración profunda durante 5 o 10 min. cada vez. Si en algún momento comienza a sentir mareo, alterne seis respiraciones regulares con seis profundas.

V. Conforme continúa la respiración, revise el cuerpo en busca de cualquier zona que aún quede tensa, "concéntrese" en ella e imagine que respira por esa zona.

VI. Cuando haya aprendido a relajarse por medio de la respiración profunda, realícela siempre que comience a sentir tensión.

"Técnicas de relajación e imaginación guiada".

Karen L. Syrjala.

APÉNDICE B

OBJETIVO

- *Transformar la imagen del dolor.*

La finalidad de este ejercicio es la de explorar el potencial de transformación del dolor a través de las imágenes. Esta técnica permite variar las cualidades del dolor, ya que disminuye la intensidad del mismo. Cuando se realiza una técnica de IG, hay que acercarla a la experiencia individual de cada uno, para que la persona que la use la haga suya. En la medida que la imaginación de cada uno intervenga en ella, la experiencia será más rica.

CONTENIDO

Se recomienda introducir la intervención mediante la técnica de la respiración diafragmática (**Apéndice A**). Comprobar que la postura sea la más cómoda posible, puntualizando que el objetivo del ejercicio es disminuir la intensidad del dolor y no hacerlo desaparecer. En los procesos de dolor crónico, se busca con frecuencia la "varita mágica" que haga desaparecer ese malestar continuo. Esta expectativa no es conveniente fomentarla, ya que podría ocasionar un abandono del seguimiento, de ahí la importancia de matizar la finalidad que se persigue con la realización de esta técnica. Al comenzar la técnica, hay que realizar una valoración del dolor, mediante una escala verbal o visual analógica (EVA).

Ejercicio. Círculo de color.

Cierre los ojos y centre su atención en su respiración (Respiración Diafragmática: Apéndice A). Concentre toda su atención en la parte del cuerpo que experimenta el dolor**. Ahora imagine que coge un rotulador y dibuja un círculo alrededor de la zona* hasta englobar toda la zona que le duele dentro del círculo**. Cuando haya dibujado el círculo, dígamelo. **Y dígame, ¿qué color tiene esa zona? (generalmente es un dolor fuerte: rojo, negro). Antes me comentó que su dolor medía (EVA), ¿en estos momentos, cuánto mide su dolor?**. Ahora dígame, ¿cuál es su color favorito?* ¿qué tono tiene?* (especificar con detalle y con ejemplos el color exacto: "azul como el mar"). A continuación vamos a ir disminuyendo la intensidad del color** ("negro" a gris oscuro, gris más claro., con EVA a 8)). A medida que vaya cambiando el tono, sentirá como disminuye la sensación de dolor** "el negro se va suavizando, pasa a color gris oscuro, y siente que el dolor baja a 7... el gris es más suave, se va lavando, pasa a 6... a 5, ahora es un gris muy suave, ** me dijo que le gustaba el color azul, azul cielo, ¿lo ve?** un azul brillante, luminoso, que llena el círculo** y siente que el dolor está en 2* en 1**. Cuando abra sus ojos, se encontrará descansada, aliviada y con una agradable sensación de bienestar**. Cada vez que realice el ejercicio sentirá como su dolor disminuye** y volverá a sentir ese alivio que ahora siente**, continúe sintiendo ese azul intenso, agradable** ahora contaré hasta tres** y cuando le diga tres, abrirá los ojos y se sentirá aliviada y descansada** uno*, se encuentra tranquila, dos* y tres*.

Al finalizar el ejercicio, se le pregunta a la persona su vivencia, explorando cada modalidad sensorial y evaluando cada una en una escala de 0 a 5 (Apéndice A).

